



Эстетические и функциональные аспекты риносептопластики при различных патологиях носа

М.К. Икромов*, Д.И. Холматов, М.И. Махмудназаров

Кафедра оториноларингологии ТГМУ им. Абуали ибни Сино; *Национальный медицинский центр РТ;

В статье по материалам ЛОР – клиники приводятся результаты риносептопластики, направленные на восстановление как формы наружного носа, так и ряда функциональных свойств носовой полости и его придаточных пазух. Установлено, что при различного рода деформациях носа, нарушается не только его внешний вид, но и наблюдается затруднение носового дыхания, снижение транспортной и обонятельной функции, а также развитие кондуктивной тугоухости при условии нарушения вентиляционной функции слуховой трубы. В этой связи, согласованное с заинтересованными специалистами обследование и лечение больных с деформацией носа может привести к хорошим эстетическим и функциональным результатам.

Ключевые слова: деформация носа, гипертрофический и вазомоторный ринит, мукоцилиарный транспорт, риносептопластика, вазотомия, подслизистая резекция перегородки носа

ВВЕДЕНИЕ. Общеизвестно, что эстетическая ринопластика включает широкий диапазон хирургических вмешательств, направленных на восстановление как врождённых, так и приобретённых деформаций наружного носа [2,4,5,9].

Однако врач, поставивший перед собой задачу исправить обратившемуся к нему пациенту форму наружного носа, в процессе хирургического вмешательства обязан осуществить одновременно операции, направленные на восстановление ряда функций носа (дыхательной, обонятельной, транспортной и других) [3,6,7, 10]. Поэтому эстетические операции в области наружного носа должны выполняться оториноларингологами, которые в отличие от врачей других специальностей (челюстно-лицевых хирургов, косметологов, стоматологов), владеют более щадящими эндоназальными методиками [1,2,5,7-9].

К сожалению, в последнее время большинство оториноларингологов, активно занимаясь эндоназальной хирургией, прекратили выполнять операции, направленные на устранение деформаций наружного носа. В этих условиях эстетической ринопластикой значительно активнее начали заниматься челюстно-лицевые хирурги, профессиональные возможности которых могут обеспечить достижение только

одной цели – устранение дефекта наружного носа. Выполнять же операции с целью коррекции эндоназальных структур, направленные на восстановление перечисленных функций носа, нарушение которых отмечается у подавляющего числа больных, они не могут, в связи, с чем больные вынуждены повторно оперироваться у врача - оториноларинголога.

Многие зарубежные страны эту ситуацию уже исправили. Например, в Соединённых Штатах Америки 85% ринопластики выполняют оториноларингологи [1,2]. Они же одновременно проводят внутриносовые операции по восстановлению дыхательной функции и коррекции формы носа. Другая, не менее важная сторона вопроса для проведения ринопластики - изучение степени нарушения мукоцилиарного клиренса, важнейшего звена неспецифической защиты верхних дыхательных путей, возникающего в результате большинства патологических процессов в полости носа и околоносовых пазухах (ОНП).

Современные морфологические методы, а также новейшее программное обеспечение дают возможность оценить не только такой важный показатель, влияющий на состояние системы мукоцилиарного клиренса, как частота биения ресничек, но и более детально изучить характер и синхронность движения, а также оценить степень десквамации

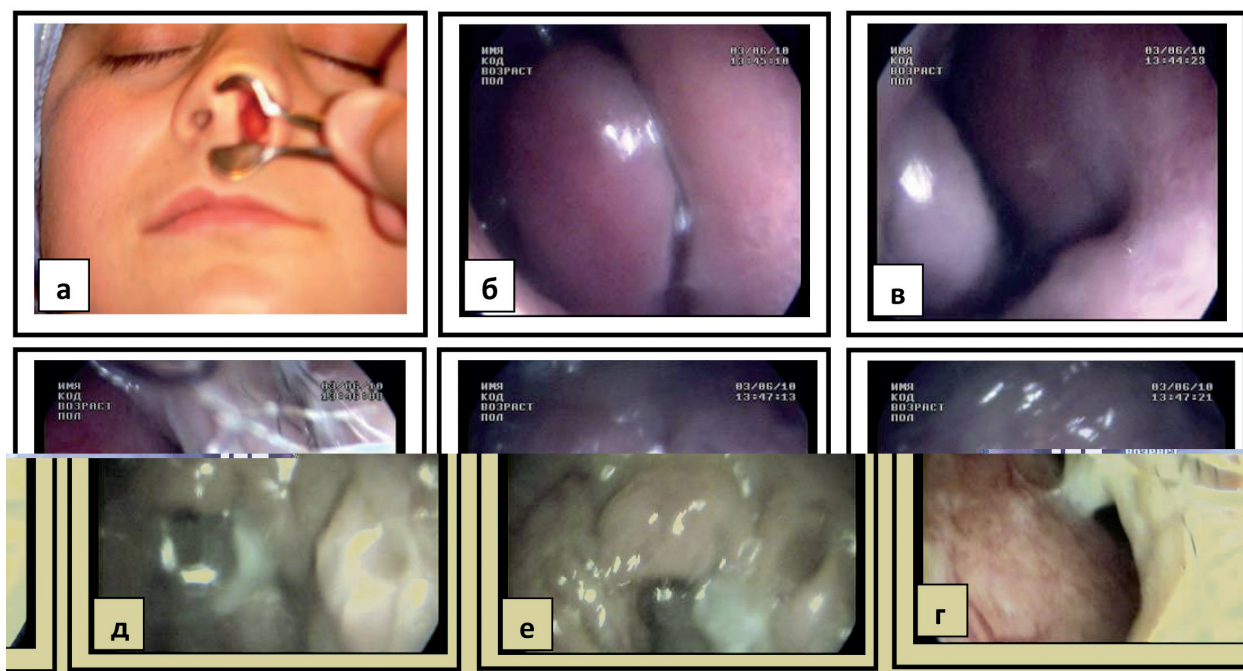


РИС.1. БОЛЬНАЯ М., 18 ЛЕТ С ПОСТТРАВМАТИЧЕСКОЙ ДЕФОРМАЦИЕЙ НОСА И НОСО-ВОЙ ПЕРЕГОРОДКИ, ОСЛОЖНЁННЫМ ГИПЕРТРОФИЧЕСКИМ РИНИТОМ, ГНОЙНЫМ ГАЙМОРИТОМ И СОПУТСТВУЮЩЕЙ АДЕНОИДНОЙ ВЕГЕТАЦИЕЙ: А - ПЕРЕДНЯЯ РИНОСКОПИЯ ПРИ ИСКРИВЛЕНИИ НОСОВОЙ ПЕРЕГОРОДКИ; Б - ПРИ ГИПЕРТРОФИЧЕСКОМ РИНИТЕ; В - ПРИ АЛЛЕРГИЧЕСКОМ РИНИТЕ; Г - ПРИ ГНОЙНОМ ГАЙМОРИТЕ; Д-Е - ЗАДНЯЯ РИНОСКОПИЯ ПРИ АДЕНОИДНЫХ ВЕГЕТАЦИЯХ

(экструзии) эпителиальных клеток при хроническом процессе [5,6,9,10].

Практика показывает, что для устранения деформации носа и его функциональной недостаточности, необходимым является хирургическое вмешательство, направленное на уменьшение размеров нижних носовых раковин [5,6,9,10].

Существуют различные методики проведения подобных вмешательств, однако, наиболее распространённой представляется коррекция наружного носа с подслизистой вазотомией (при сопутствующем вазомоторном рините) и нижней щадящей конхотомией (при сопутствующем хроническом гипертрофическом рините) [6,10].

Проблема оценки эффективности хирургического лечения данных форм патологии носа не только с клинической точки зрения, но и с морфологической делает ещё более актуальным и необходимым детальное изучение всех структур как наружного, так и внутреннего носа. Результаты этих исследований могут служить объективным критерием степени выраженности и обратимости изменений эндоназальных структур после проведения ринопластики с адекватной эндоназальной хирургией при различного рода патологиях носа и околоносовых пазух [2,5,7,9].

ЦЕЛЬЮ НАСТОЯЩЕЙ РАБОТЫ явилась оценка эстетического и функционального состояния носа до - и после риносептопластики у больных с деформацией наружного носа, сочетанной с вазомоторным и хроническим гипертрофическим ринитом и искривлением носовой перегородки.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ. За период с сентября по декабрь 2010 года в ЛОР - клинике ТГМУ прооперировано 36 больных с различного рода деформациями наружного и внутреннего носа, сочетанными, как правило, с хроническим гипертрофическим и вазомоторным ринитом, в возрасте от 18 до 55 лет. Из числа обследованных, 18 больным была проведена реоперация, в связи с ятрогенными осложнениями, возникшими в других клиниках нашей республики. Мужчин было 26 (72,3%), женщин - 10 (27,7%).

Обратившиеся больные жаловались на затруднение носового дыхания и деформацию наружного носа. В клинике больные прошли обследование, которое включало в себя: оториноларингологический осмотр, определение дыхательной, обонятельной и транспортной функции, функции слуховой трубы, аудиометрию, компьютерную томографию (КТ) полости носа и боковой снимок носоглотки, а также фото -, эндифото документацию и антропометрические измерения.

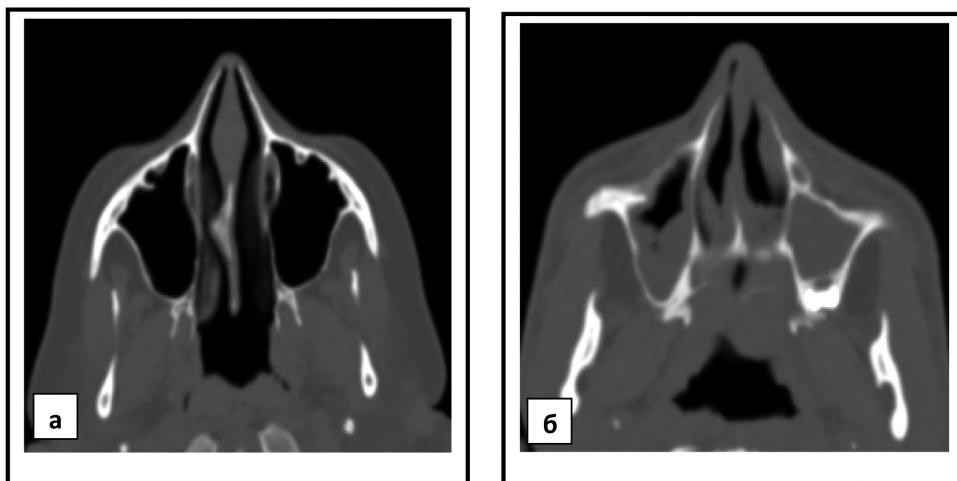


РИС.2. БОЛЬНОЙ Н. С ИСКРИВЛЕНИЕМ НОСОВОЙ ПЕРЕГОРОДКИ И БОЛЬНОЙ К. С ГАЙМОРИТОМ:
А - КТ НОСА ПРИ ИСКРИВЛЕНИИ ПЕРЕГОРОДКИ НОСА; Б - КТ НОСА ПРИ ГНОЙНОМ ГАЙМОРИТЕ

РЕЗУЛЬТАТЫ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ. Риноскопия у больных выявила ряд грубых нарушений в полости носа и носоглотки (гиперемия, отёк слизистой носа, гипертрофия нижних носовых раковин, слизисто-гнойное отделяемое в полости носа, аденоидные вегетации в носоглотке). Для иллюстрации приводим несколько снимков эндовидеориноскопии (рис. 1а-е).

КТ носа и околоносовых пазух определила деформацию не только наружного носа, но и искривление костнохрящевого остова носовой перегородки и гипопневматизацию околоносовых пазух (рис. 2 а-б).

В клинике после всестороннего обследования и ознакомления больного с задачами операции проводили ринопластику с последующей одномоментной подслизистой резекцией носовой перегородки, вазотомией нижних и средних носовых раковин и остеотомией носовых костей по показаниям. Иллюстрации отдельных больных до и после операции представлены на рисунках 3 и 4.

В ходе всестороннего оториноларингологического обследования и проведения хирургического пластического вмешательства на носу и внутриносовых

структурах, с применением адекватной местной и общей консервативной терапии, в целом получен удовлетворительный результат. Вид наружного носа у прооперированных больных принял правильную пропорциональную форму, при этом восстановилась дыхательная, обонятельная и транспортная функция полости носа. Состояние транспортной функции полости носа до и после операции представлено в таблицах 1 и 2.

Приведённые в таблице данные свидетельствуют о том, что транспортная функция полости носа значительно улучшилась после проведения операции.

У 4-х больных слуховая функция улучшилась до нормальных уровней (аудиограмма представлена на рис.5-6). Однако у 3-х больных в отдалённом периоде отметили отрицательный функциональный результат, который был связан с обострением хронического воспалительного процесса в носу и у одного больного в околоносовых пазухах.

Таким образом, выполняя ринопластику, особенно на хрящевом отделе наружного носа, следует помнить о необходимости коррекции носового клапана, направленной на восстановление его нормального размера.

ТАБЛИЦА 1. РАСПРЕДЕЛЕНИЕ БОЛЬНЫХ ПО СТЕПЕНИ МУКОЦИЛИАРНОГО ТРАНСПОРТА ПОЛОСТИ НОСА ДО ОПЕРАЦИИ

Степень мукоцилиарного транспорта	Норма	I	II	III
Кол-во больных	0	2	8	26

ТАБЛИЦА 1. РАСПРЕДЕЛЕНИЕ БОЛЬНЫХ ПО СТЕПЕНИ МУКОЦИЛИАРНОГО ТРАНСПОРТА ПОЛОСТИ НОСА ПОСЛЕ ОПЕРАЦИИ

Степень мукоцилиарного транспорта	норма	I	II	III
Кол-во больных	30	4	2	0

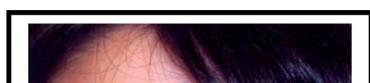
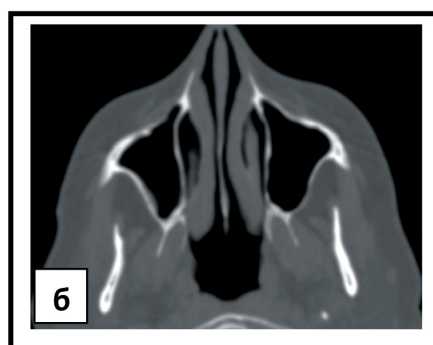


РИС.3. БОЛЬНАЯ М. С ДЕФОРМАЦИЕЙ КОСТНО-ХРЯЩЕВОГО ОСТОВА НАРУЖНОГО И ВНУТРЕННЕГО НОСА: А - КТ НОСА ДО ОПЕРАЦИИ; Б - КТ НОСА ПОСЛЕ ОПЕРАЦИИ; В-Д – ВИД БОЛЬНОЙ ДО ОПЕРАЦИИ; Е-З – ВИД БОЛЬНОЙ ПОСЛЕ ОПЕРАЦИИ

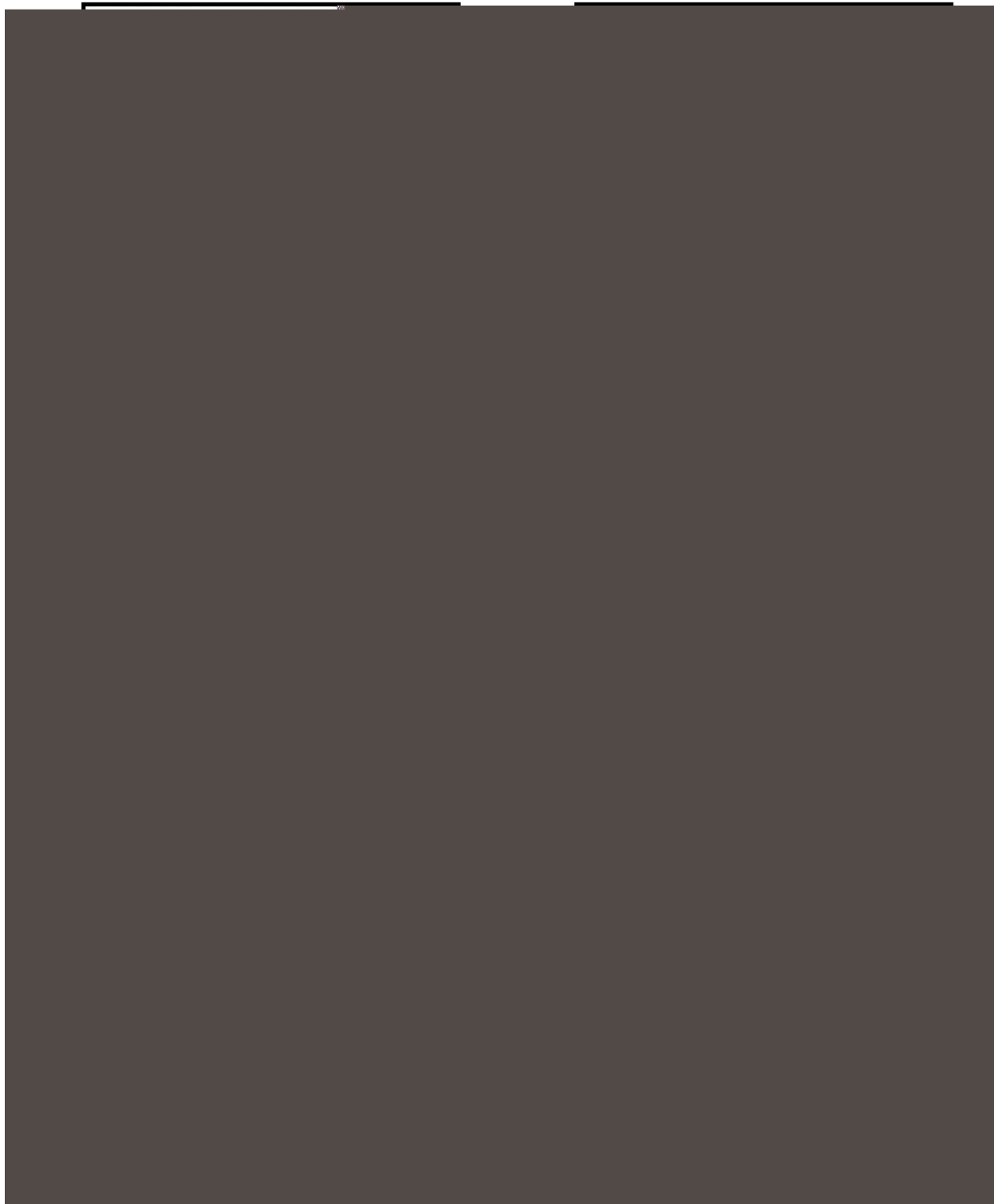
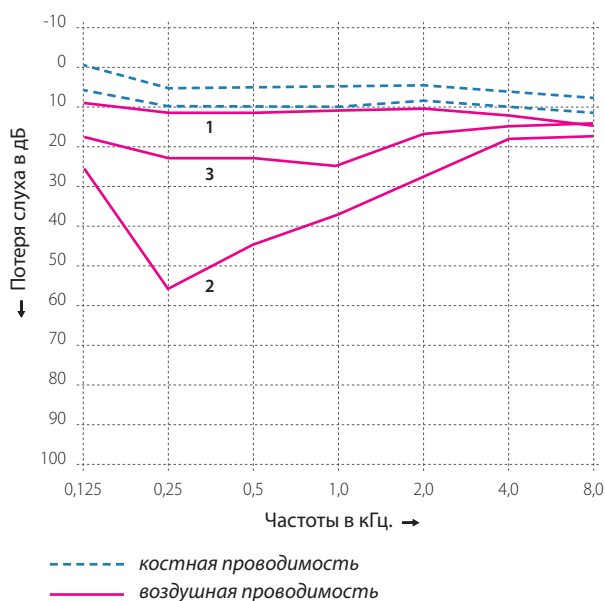


РИС.4. БОЛЬНОЙ С. С ДЕФОРМАЦИЕЙ КОСТНО-ХРЯЩЕВОГО ОСТОВА НАРУЖНОГО И ВНУТРЕННЕГО НОСА: А - КТ НОСА ДО ОПЕРАЦИИ; Б - КТ НОСА ПОСЛЕ ОПЕРАЦИИ; В-Д – ВИД БОЛЬНОГО ДО ОПЕРАЦИИ; Е-З – ВИД БОЛЬНОГО ПОСЛЕ ОПЕРАЦИИ

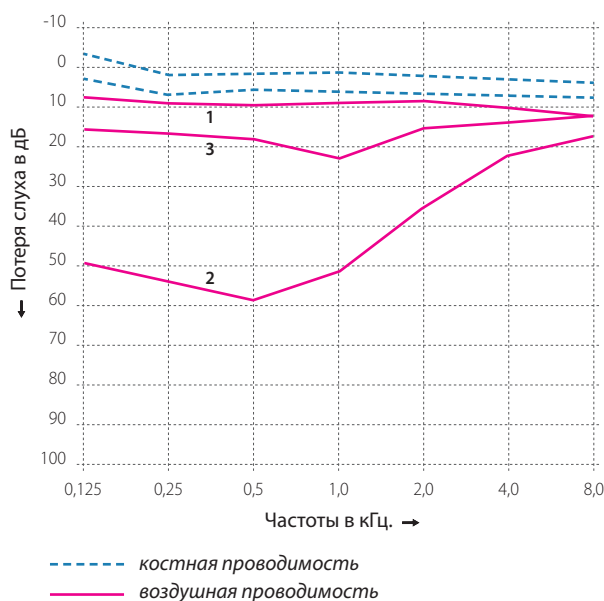


РИС. 5. АУДИОГРАММА БОЛЬНОЙ М.



1. Нормальная картина аудиометрической кривой
2. Аудиометрическая кривая до лечения
3. Аудиометрическая кривая после лечения

РИС. 6. АУДИОГРАММА БОЛЬНОГО С.



1. Нормальная картина аудиометрической кривой
2. Аудиометрическая кривая до лечения
3. Аудиометрическая кривая после лечения

Для восстановления носового дыхания мы применяем различные операции на перегородке носа и раковинах, они производятся одновременно с ринопластикой. И это важное обстоятельство.

Практика показывает, что разделять два вмешательства: эстетическую операцию по восстановлению формы носа и функциональную - по восстановлению дыхательной и иных перечисленных функций носа – неправильно. Они должны быть выполнены одновременно. Считаем, что правильно оценив ситуацию в каждом отдельном случае, целесообразно выполнить необходимый объем вмешательства, с учётом максимального сохранения структур тканей, архитектоники полости носа и не просто восстанавливать проходимость носовых ходов, а стремиться к восстановлению его правильной аэродинамики.

ЛИТЕРАТУРА

1. Вальтер К. Осложнения ринопластики / К.Вальтер // Рос. ринология. – 1995. -№2. -С. 4-16
2. Вальтер К. Эволюция ринопластики / К.Вальтер // Рос. ринология. – 1996. -№1. -С.5-16
3. Исхаки Ю.Б. Аллергия в оториноларингологии / Ю.Б. Исхаки. Душанбе: Ирфон, -1980. -169 с.
4. Курбонов У.А. Ринопластика при посттравматических деформациях носа / У.А. Курбонов, А.А. Давлатов, М.С. Одинаева, С.М. Джанобилова // Вестник Авиценны -2008.-№2. -С. 13-22
5. Пальчун В.Т. Мукоцилиарный клиренс и его параметры, как критерии эффективности щадящей нижней конхотомии у больных с гипертрофическим ринитом/ В.Т.Пальчун, Д.А.Турсов, М.Е.Артемов, Е.А.Ружицкая// «Вестник оториноларингологии». Приложение. Материалы VI Всероссийской конференции оториноларингологов. М., - 2007. - №5. -С.173
6. Пальчун В.Т. Сравнительная характеристика мукоцилиарного клиренса у больных с хроническим гипертрофическим и хроническим вазомоторным ринитом/ В.Т.Пальчун, Д.А.Турсов, М.Е.Артемов, Е.А.Ружицкая// «Вестник оториноларингологии». Приложение. Материалы VII Всероссийской конференции оториноларингологов. -М., -2008. -№5. -С.207
7. Пискунов В.С. Значение эндоназальных анатомических структур в норме и при патологии: автореф. дис. ...канд.мед наук/ В.С.Пискунов. -С-Пб., 2002. – 22 с.



8. Пискунов Г.З. О физической роли перегородки носа / Г.З.Пискунов, С.З.Пискунов // Вестн. оториноларингол. -2000. -№6 . -С. 57-58
9. Турусов Д.А. Восстановление функции мерцательного эпителия после хирургического лечения больных с травмой верхнечелюстных пазух/ Д.А.Турусов [и др.]// «Вестник оториноларингологии». Приложение. Материалы VII Всероссийской конференции оториноларингологов. - М., -2008. -№5. -С.221
10. Турусов Д.А. Состояние мукоцилиарного клиренса при хроническом гипертрофическом и хроническом вазомоторном рините на основании данных морфометрии/ Д.А.Турусов, Е.А.Ружицкая, М.М.Магомедов// «Вестник оториноларингологии», -№5. -2009. -С. 20-22

Summary

Aesthetic and functional aspects of rhinoseptoplasty in various pathologies of nose

M.K. Ikromov, D.I. Kholmatov, M.I. Mahmudnazarov

In the article shown the results of rhinoseptoplasty aimed to restoring the external nose forms, and a number of functional properties of the nasal cavity and paranasal sinuses. Found that at various deformations of the nose, broken not only its appearance, but there is difficulty in nasal breathing, reduce transport and olfactory functions, and develop conductive hearing loss due to violations of the ventilation function of the auditory tube. In this regard, consistent with relevant experts examination and treatment of patients with nasal deformity can lead to good functional and aesthetic results.

Key words: deformation of the nose, hypertrophic and vasomotor rhinitis, mucociliary transport, rhinoseptoplasty, vasotomy, submucosa resection of septum

АДРЕС ДЛЯ КОРРЕСПОНДЕНЦИИ:

Д.И. Холматов – доцент кафедры оториноларингологии ТГМУ;
Таджикистан, Душанбе, ул. Сомони-59
E-mail: Tajlorobshestvo@mail.ru